

© С. Я. КОСТИВ

ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського"

Післяопераційний гострий висхідний тромбофлебіт – хірургічне лікування

S. Ya. KOSTIV

SHEI "Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky"

POSTOPERATIVE ACUTE THROMBOPHLEBITIS – SURGICAL TREATMENT

У роботі розглянуто особливості розвитку тромботичного процесу в системі підшкірних вен у пацієнтів, що перенесли операційні втручання на органах грудної і черевної порожнин та кульшовому суглобі. Із позиції хірургічного лікування даної патології виділено 4 групи пацієнтів із післяопераційним тромбофлебітом поверхневих вен та залежно від типу поширення тромботичного процесу по поверхневій та глибокій венозній системі нижніх кінцівок запропоновано алгоритм хірургічної тактики.

This paper describes peculiarities of thrombotic process in the system saphenous veins in patients undergoing surgery on the organs of the chest and abdomen and hip joint. From the position of the surgical treatment of this pathology identified 4 groups of patients with postoperative thrombophlebitis of superficial veins and depending on the type of distribution thrombotic process for superficial and deep venous system of the lower extremities proposed algorithm the surgical treatment.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. До частих, але й небажаних ускладнень післяопераційного періоду як при плановій, так і при ургентній хірургічній патології слід віднести гострий висхідний тромбофлебіт (ГВТФ) – одну із частих невідкладних хірургічних проблем венозної системи [1, 2]. У 60–80 % спостережень тромбофлебіт розвивається в системі великої підшкірної вени (ВПВ) і лише в 10–20 % – в басейні малої підшкірної вени (МПВ). Саме з ним пов'язують загрозу розвитку тромбозу глибоких вен (ТГВ) та тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА). Частота діагностики ТГВ при ГВТФ перебуває на рівні 6,8–40 % [3, 4]. Ковальчук Л. Я. і співавт. [5] встановили, що у 17 % спостережень оклюзійний варикотромбофлебіт має ембологенні властивості. І можливо, тому в 5,6–28 % пацієнтів із ГВТФ діагностують симптоми ТЕЛА [6], а деякі дослідники [7] стверджують, що частота розвитку ТЕЛА досягає 33,3 %.

Мета роботи: вивчити особливості розвитку тромботичного процесу в системі підшкірних вен нижніх кінцівок в післяопераційному періоді та розробити алгоритм лікувальних заходів залежно від поширеності тромботичного процесу.

Матеріали і методи. Під нашим наглядом перебували 303 хворих, у яких у післяопераційному періоді розвинувся гострий висхідний тромбофлебіт у системі великої підшкірної вени. Серед операцій-

них втручань були операції на органах черевної та грудної порожнин, кульшовому суглобі. Слід відмітити, що у 90,1 % пацієнтів діагностовано варикозну хворобу С₂–С₃ за класифікацією CEAP. Всі пацієнти отримували тромбопрофілактику відповідно до галузевих стандартів.

Гострий висхідний тромбофлебіт діагностовано у 151 пацієнта на 3–4-ту добу післяопераційного періоду, у 131 – на 5–6-ту добу і у 39 – пізніше 7-ї доби після операційного втручання.

Із позиції хірургічного лікування ГВТФ, з метою попередження поширення тромбозу на глибоку венозну систему та розвитку ТЕЛА, хворих поділено на 4 групи. В основу розподілу покладено поширення тромботичного процесу в системі великої підшкірної вени.

До I групи увійшли 113 (35,2 %) пацієнтів, у яких було діагностовано флотуючий тромб у стегнову вену (34 спостереження), емболонебезпечний оклюзійний тромб до рівня верхньої та середньої третини стегна у ВПВ (54 спостереження), флотуючий тромб у притоках ВПВ (13 спостережень), тромбовані перфоранти (12 спостережень). Головний принцип об'єднання пацієнтів у групу – загроза тромбоемболічних ускладнень. Слід відмітити високу їх частоту – 90,7 %, серед яких емболонебезпечний оклюзійний тромб великої підшкірної вени діагностовано у 54,1 % спостережень. У 9,3 % випадків виявлено поширення тромбофлебіту через перфорантні вени на глибоку венозну систему.

До другої групи увійшли 72 (23,7 %) пацієнти із висхідною формою ГВТФ, у яких верхівка тромбу містилась на рівні або дещо нижче сафено-фemorального співустя. Виділення пацієнтів у окрему групу пов'язано із загрозою переходу тромботичного процесу в стегнову вену. У зв'язку із тромботичним процесом, що починався від рівня гомілки, не було можливості діагностувати венозний рефлюкс, а також виявити неспроможні перфоранти.

До третьої групи віднесено 95 (29,6 %) пацієнтів, які були об'єднані за локалізацією варикотромбофлебиту на рівні нижньої третини стегна та верхньої третини гомілки при наявності зв'язку венозного рефлюксу з верхівкою тромбу (58 спостережень). Сюди ж було включено 38 пацієнтів із оклюзійною висхідною формою ГВТФ на рівні середньо-верхньої третини стегна. Необхідність виділення окремої групи пацієнтів продиктована підвищеною швидкістю просування тромботичного процесу по венозному стовбуру при контакті розповсюдженого венозного рефлюксу у ВПВ із верхівкою тромбу як місцевого гемодинамічного механізму тромбоутворення. Останнє є сприяючим фактором формування флотуючого тромбу.

До четвертої групи увійшли 37 (11,5 %) хворих. Пацієнтів до цієї групи відносили за такими ознаками: локалізація тромбофлебиту в системі ВПВ тільки на гомілці, відсутність флотуючих тромбів у стовбурі та притоках, відсутність розповсюдженого рефлюксу, що контактує з верхівкою тромбу.

Результати досліджень та їх обговорення. Операційне лікування ГВТФ І групи пацієнтів розпочинали із кросектомії і тромбектомії із загальної стегнової вени (32 спостереження) і подальшого видалення основного стовбура ВПВ (73 випадки) або коротким стріпінгом і дистальною склерооблітерацією (35 спостережень). В об'єм хірургічних маніпуляцій на венозній системі ВПВ входили флебектомія тромбованих приток (13 випадків) та резекція або екстирпація перфорантів (10 спостережень).

Методом лікування у пацієнтів ІІ групи була кросектомія з флебектомією, що доповнювалась операцією Нарата і виконувалась у перші 24 год з моменту діагностики.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Острый тромбофлебит / А. И. Кириенко, А. А. Матюшенко, В. В. Андрияшкин. – М. : Литтерра, 2006. – С. 22–66.
2. Superficial thrombophlebitis / J. Luis Rodriguez-Peralto, R. Carrillo, B. Rosales, Y. Rodriguez-Gil // Semin. Cutan. Med. Surg. – 2007. – Vol. 26, N 2. – P. 71–76.
3. Superficial thrombophlebitis of the legs: a randomized, controlled, follow-up study / G. Belcaro, A. N. Nicolai, B. M. Errichi [et al.] // Angiology. – 1999. – Vol. 50. – P. 523–529.
4. The incidence of deep venous thrombosis in patients with superficial thrombophlebitis of the lower limbs / J. O. Orgensen, K. C. Hamel, A. M. Morgan, J. M. Hunt // J. Vasc. Surg. – 1993. – Vol. 18. – P. 70–73.

У пацієнтів ІІІ групи у зв'язку із виявленням венозного рефлюксу як провідного гемодинамічного фактора тромбоутворення є необхідність термінового операційного втручання у хворих на ГВТФ нижньої третини стегна та верхньої третини гомілки при розповсюдженому рефлюксі ВПВ, що контактує із верхівкою тромбу. Слід вказати, що показанням до невідкладного хірургічного втручання у виділеній групі пацієнтів були не тільки висхідний характер ГВТФ та наявність флотуючого тромбу, але й неспроможність перфорантів Додда та Гантера, ізольований ГВТФ вени Джакоміні, що має зв'язок із гирлом МПВ, і загроза поширення тромботичного процесу на підколінну вену та стовбур ВПВ.

Обсяг та вид операцій у пацієнтів четвертої групи включав кросектомію, флебектомію, міні-Лінтон, видалення вени Леонардо та операцію Нарата. Необхідно вказати, що участь вени Леонардо у процесі тромбоутворення включає більш агресивну хірургічну тактику. Останнє пов'язано із наявністю прямого сполучення вени з перфорантами Коккета.

Висновки. 1. Основним завданням дослідження було попередження розвитку тромбозу через сафено-фemorальне співустя, профілактика ТЕЛА. Тромбоемболічних ускладнень при стовбуровій флебектомії не відмітили. Отримані результати вказують на ефективність проведення у невідкладному порядку операційного втручання, вибору оптимального об'єму хірургічних втручань відповідно до локалізації тромботичного процесу та наявності гемодинамічного механізму тромбоутворення.

2. Крім вказаного, отримані результати хірургічного лікування є свідченням на користь обмеження виконання паліативних операцій при гострому варикотромбофлебіті.

Перспективи подальших досліджень. Перспективним є вивчення шляхів профілактики розвитку тромботичного процесу в системі нижньої порожнистої вени пацієнтів хірургічних стаціонарів у післяопераційному періоді та вдосконалення підходів до алгоритму лікування.

5. Ковальчук Л. Я. Емболонебезпечні тромбози в системі нижньої порожнистої вени / Л. Я. Ковальчук, С. Я. Костів, І. К. Венгер // Шпитальна хірургія. – 2012. – № 2. – С. 65–67.
6. Surgical management of ascending saphenous thrombophlebitis / A. P. Murgia, C. Cisno, G. S. Pansini [et al.] // Int. Angiol. – 1999. – Vol. 18, № 4. – P. 343–347.
7. The Superficial Thrombophlebitis Treated by Enoxaparin Study Group. A pilot randomized double-blind comparison of low-molecular-weight heparin, nonsteroidal anti-inflammatory agent, and placebo in the treatment of superficial vein thrombosis // Arch. Int. Med. – 2003. – Vol. 163, № 14. – P. 1657–1663.

Отримано 12.11.13